



**Al Consiglio Direttivo  
dell'Associazione "APS Liberi di..."  
Carovigno (Br)**

**Oggetto:** Richiesta di adesione all'Associazione

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_  
Tel/cell \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

di poter essere ammesso in qualità di socio dell'Associazione "APS Liberi di..." condividendone le finalità istituzionali.

Il sottoscritto si impegna a rispettare le disposizioni statutarie vigenti e le delibere degli organi associativi validamente costituiti. A tale scopo dichiara di conoscere e accettare lo statuto associativo.

Carovigno, lì \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Dichiaro di aver letto l'informativa allegata e di acconsentire al trattamento dei dati personali da parte dell'Associazione, ai sensi degli artt. 13-14 del Regolamento UE 2016/679, esclusivamente per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'Associazione, nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie.

Carovigno, lì \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

La quota di iscrizione dei soci che entreranno a far parte dell'Associazione a carattere volontario, e per il primo anno viene determinata in **€ 15,00 (Euro quindici/00)**.

Si allega copia documento di identità e codice fiscale.